

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE

604

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Albert, André PARIS

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 10 Juin 1925, à Orléans (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
APPENDICITES RÉTRO-CÆCALES

Président : M. MOREAU, Professeur

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir - Delavigne

PARIS - VI^e

1952

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

Nom du Candidat : P A R I S

Prénoms : Michel, Albert, André

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

PARIS (Michel, Albert, André) E.H.P.-
CONTRIBUTION A L'ETUDE DES APPENDICITES RETRO-CAECALES.-
Paris, Dactylo-Sorbonne, 1952, in-8°, 63 pages.

(Thèse Méd.(Etat)-
Paris 1952 N°)

PARIS (Michel, Albert, André) E.H.P.-
CONTRIBUTION A L'ETUDE DES APPENDICITES RETRO-CAECALES.-
Paris, Dactylo-Sorbonne, 1952, in-8°, 63 pages.

(Thèse Méd. (Etat)-
Paris 1952 N°)

PARIS (Michel, Albert, André) E.H.P.-
CONTRIBUTION A L'ETUDE DES APPENDICITES RETRO-CAECALES.-
Paris, Dactylo-Sorbonne, 1952, in-8°, 63 pages.

(Thèse Méd.(Etat)-
Paris 1952 N°)

PARIS (Michel, Albert, André) E.H.P.-
CONTRIBUTION A L'ETUDE DES APPENDICITES RETRO-CAECALES.-
Paris, Dactylo-Sorbonne, 1952, in-8°, 63 pages.

(Thèse Méd.(Etat)-
Paris 1952 N°)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1952

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

Michel, Albert, André PARIS

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 10 juin 1925 à ORLEANS (Loiret)

--:--

Présentée et soutenue publiquement
le

--:--

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES APPENDICITES RETRO-CAECALES.

--:--

Président : M. MOREAU (Professeur)

--:--

Dactylo-Sorbonne
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1952.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOIN, BRINDEAU, CARNOT,
CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT,
GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY,
LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION,
MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE,
SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN

Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESSEUR

Jean VERNE

I. - PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	OLIVIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL
Biologie médicale	VERNE
Cancérologie médicale, sociale	HUGUENIN
Carcinologie	OBERLING
Chimie médicale	POLONOVSKI
Cliniques chirur.	{ Hôtel-Dieu
	{ St-Antoine
	{ Salpêtrière
	{ Cochin
Clinique chirurgicale répara-	{ MERLE d'AU-
trice et orthopédique	{ BIGNE
Clinique de cardiologie	DONZELOT
Clinique chirurgicale infan-	{ FEVRE
tile et d'orthopédie	{
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la tuberculose	BERNARD
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT -
	{ DUTAILLIS
Clinique de puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées	{ DEGOS
et syphilitiques	{
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du sys-	{ ALAJOUANINE
tème nerveux	{
Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET

MM.

Clinique des maladies mentales) et de l'encéphale	DELAY
Clinique gynécologique	F. BRENTANO
Cliniques médicales	BENARD LAROCHÉ MOREAU LIAN
Clinique méd. hydro-climato. thér.	J. BESANCON
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R. LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL LACOMME VELTER
Clinique ophtalmologique	AUBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	HEUYER
Clinique psychiatrique infantile	COSTE
Clinique rhumatologique	DECHAUME
Clinique stomatologique	FEY
Clinique urologique	GIROUD
Embryologie	MOUQUIN
Histoire de la méd. et de la chir.	CHAMPY
Histologie	CATHALA
Hygiène et clinique première enf.	JOANNON
Hygiène et méd. préventive	DESOLLE
Médecine du Travail	PIEDELIEVRE
Médecine légale	GAILLIARD
Parasitologie et histoire natu- relle médicale	GAUDART d'A.
Pathologie chirurgicale	LAVIER
Pathologie exotique	LEMAIRE
Patho. expérimentale et comparée	BARIET
Pathologie médicale	de GENNES
Path. et thérapeut. générales	HAZARD
Pharmacologie et matière méd.	BINET
Physiologie	STROHL
Physique médicale	RICHET
Problèmes alimentaires (c.t.pers.)	DESGREZ
Radiologie médicale	MOULONGUET
Technique chirurgicale	TURPIN
Thérapeutique	SENEQUE
Thérapeutique chirurgicale	CHABROL
Thérapeutique médicale	

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER DEBEYRE DELMAS		{ HUGUIER LAURENCE LEGER
Anat. Path.	{ Mle GAU- THIER-V. BUSSE	Pat. chirurg.	{ OLIVIER PADOVANI POILLEUX
Bactériologie	{ FASQUELLE NEVOT		{ ROUX RUDLER
Biol. méd.	{ BOURLIERE ETTORI	Pat. expéri- mentale	{ VERNE MERKLEN
Chimie méd.	{ JAYLE SCHAPIRA		{ BERNARD BOUDIN
Dermato-sy- philigraphie	{ N BULLIARD		{ CASTAIGNE CONTE
Histologie	{ COUJARD DESCLAUX		{ DECOURT DOMART
Hydrologie	{ DEBRAY BOYER	Pat. médicale	{ DREYFUS FAUVERT
Hygiène	{ DEPARIS DEROBERT		{ HAMBURGER KOURILSKY
Médecine légale	{ GAULTIER N.		{ LAMY MAURIC
Neurochir.	{ N. de SEZE		{ MILLIEZ PERRAULT
Neurologie	{ GRASSET LEPAGE		{ RAMBERT TIEFFRY
Obstétrique	{ MAYER MERGER		{ TURIAF LAPLANE
	{ RAVINA VARANGOT	Pédiatrie	{ MARIE LEVY Mle
Ophtalmo- logie	{ OFFRET DESVIGNES	Pharmacologie	{ CHEYMOL BARGETON
Oto-rhino- laryngo.	{ HALPHEN MADURO	Physiologie	{ PARROT DOGNON
Parasitolo.	{ BRUMPT CHABAUD	Physique médicale	{ DJOURNO GOUGEROT
Parasito. coloniale	{ ABOULKER BAUMANN	Psychiatrie	{ BARUK MICHAUX
Pat. chirurg.	{ COSSET	Psychiatrie infantile	

	MM.		MM.
Stomato.	CHAPUT (Mme)	Thérapeutique	BROUET
Urologie	KUSS	(chargé de l'ens.)	

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE,
pour le service des examens.

MM. BRINDEAU (Obstétrique), GATELLIER (clinique chirurgicale), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT.

	MM.		MM.
Clinique)	AMELINE		(BOULIN
chirur.)	MENEGAUX		(BROUET
	PATEL		(CACHERA
	SICARD	Clinique)	(DELARUE
Clinique)	DIGONNET	médicale)	(GARCIN
obstét.)	ECALLE		(HAGUENEAU
	SUREAU		(LENEGRE
Clinique)	RENAUD		(MARCHAL
ophtal.)			(SOULIE
Urologie	COUVELAIRE		

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Mle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Bibliothécaires Mles DUMAITRE
GOICHON
LAURENT
LE NOIR

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père.

A ma Mère,

Faible témoignage de ma pro-
fonde affection et de ma
très grande reconnaissance.

A ma Famille.

A mes Amis.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur René MOREAU,
Professeur de Clinique Médicale à
la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin-Chef de l'Hôpital Cochin,
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,

En témoignage de respectueuse
reconnaissance pour l'ensei-
gnement qu'il nous a donné,
et pour l'honneur qu'il nous
fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse dont
Il a bien voulu nous inspi-
rer le sujet.

A mes autres Maîtres des Hôpitaux de Paris :

Messieurs les Professeurs H. BENARD,
J. QUENU,
B. FEY,
J. PATEL.

Messieurs les Docteurs A. AMEUILLE,
(in memoriam)
R. DESNOYERS,
J.H. MARCHAND,
J. SALLET.

A Monsieur le Docteur Louis SIMONIN,
Chirurgien Honoraire de l'Hôtel-Dieu
d'Orléans,
Officier de la Légion d'Honneur,

En reconnaissance des précieux
conseils qu'il nous a toujours
prodigués au cours de nos études
médicales.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES APPENDICITES RETRO-CAECALES.

- : -

INTRODUCTION

La forme rétro-coecale de l'appendicite, variété longtemps méconnue, ayant bénéficié de nombreuses recherches, a fini par prendre une grande importance.

Son individualité anatomique et pathologique entraîne des difficultés de diagnostic, à la base d'une expectative souvent désastreuse pour le malade.

Parfois délicat est le diagnostic de l'appendicite dans sa forme habituelle, celui de l'appendicite rétro-coecale, affection plus sévère, l'est encore bien davantage; bien que DIEULAFOY ait dit qu'on ne devait plus mourir d'appendicite, on peut affirmer qu'en raison des signes atypiques de cette forme de l'affection, on mourra encore d'appendicite malgré les puissants moyens thérapeutiques actuels.

Il nous a paru intéressant, à propos d'un cas pour lequel la symptomatologie dominante a fait errer le diagnostic jusqu'à la phase terminale, de faire une rapide mise au point des différents aspects cliniques que peut prendre la forme rétro-coecale de l'appendicite; en insistant, non pas tant sur les signes cliniques de cette forme, que sur la diversité des symptômes qu'elle peut extérioriser.

Nous n'envisagerons le problème que cliniquement, laissant volontairement de côté toutes les questions de technique opératoire, cependant souvent difficiles, mais sortant du cadre que nous avons délimité.

OBSERVATION RESUMEE

Monsieur C. 63 ans,

entre dans le service de Monsieur le Professeur MOREAU à l'Hopital Cochin le 15 Novembre, au 10ème jour de sa maladie pour oligurie extrême confinant à l'anurie.

Le début de sa maladie remonte au 6 du même mois; à la suite d'un repas copieux dans lequel les mollusques et les coquillages entraient pour une grande part, le malade a ressenti des douleurs abdominales peu violentes, épigastriques, "en barre".

Vomissements alimentaires, température à 39° sans frisson préalable, complètent un tableau étiqueté alors : indigestion.

Cependant dans les jours suivants, bien que les douleurs abdominales disparaissent à peu près complètement, un ensemble de signes fait penser que cette accalmie ne sera que provisoire, il persiste en effet :- un fébricule à 38°
- un état nauséeux.

la constipation s'installe, pendant une période allant du 6 au 15 le malade n'aura que deux selles et quelques gaz.

Mais surtout à ce syndrome abdominal relativement banal va se surimposer un syndrome urinaire à évolution rapidement angoissante.

Le I3 la diurèse fléchit brusquement.

Le I4 et le I5 l'oligurie se complique de rétention, et le sondage ne ramène que 300 cc. d'urines foncées.

Parallèlement à la constitution de ce syndrome urinaire le syndrome infectieux se réveille : la température est montée à 39°5 le I3, elle persiste le I4.

Le malade est également gêné par du hoquet.

On est en présence à son entrée à l'hôpital le I5 d'un malade fatigué, aux traits tirés, secoué de quelques nausées et de hoquet.

Etat général cependant peu alarmant, la température est tombée à 37°4. - Pouls bien frappé (90 pulsations à la minute) - Tension artérielle 17/9 - Pas de signes de **déshydratation** - la langue est sale mais humide.

Signes physiques :

Abdomen : - ballonné mais symétriquement
- respirant bien
- pas d'ondulations péristaltiques
- tympanique à la percussion
- il est souple à la palpation

La fosse iliaque droite est normalement dépressible, indolente et gargouillante.

L'hypochondre droit, l'épigastre et la région ombilicale ne présentent rien de particulier.

Dans l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque gauches on perçoit le long du trajet colique un empatement profond, dépressible, sensible, sonore, qu'on interprète comme du colon gauche distendu et légèrement douloureux.

La fosse lombaire gauche est souple et vide.

La fosse lombaire droite est occupée par une masse à contours imprécis, sensible, donnant le contact lombaire, qu'on assimile à un gros rein droit.

L'hypogastre est mat à la percussion, mais on ne sent pas de globe vésical (le sondage ramenant quelques gouttes d'urines sanguinolentes, confirme qu'il s'agit bien d'une anurie et non d'une rétention).

Le toucher rectal réveille une douleur au Douglas, qui est comblé par une masse rénitente semblant être une anse grêle dilatée.

Le reste de l'examen est entièrement négatif.

Au total cet homme de 63 ans, indemne de tout passé pathologique notable est anurique depuis 24 heures; sa maladie a débuté 10 jours auparavant par un syndrome abdominal fébrile qui n'a pas fait sa preuve et qui se manifeste encore par des nausées, de la constipation et du hoquet.

Son état général est touché mais résistant. Il est apyrétique.

On lui trouve un abdomen ballonné par la parésie intestinale, sans signes de péritonite. un colon gauche distendu et douloureux.

un gros rein droit.

Le maître-symptôme restant l'anurie on envisage :

- une anurie secondaire à une toxoinfection alimentaire.
- une lithiasé urétérale à forme occlusive.

On fait : une hémoculture (qui ne poussera pas)
un culot urinaire qui révèle la présence de nombreuses hématies, quelques leucocytes, quelques cellules, pas de cylindres.
Urée sanguine : 3gr54
Urée urinaire : 5,83 /oo

EVOLUTION :

Le 16 - Les sondages ont ramené 100 cc. d'urines en 24 h.

Quelques gaz mais pas de selles, malgré lavement et prostigmine.

Nausées et hoquet persistent.

Etat général stationnaire : T° 37°1

Pouls 95

Les données de l'examen sont les mêmes, seule la langue s'est asséchée.

On décide de faire un examen endoscopique afin de s'assurer que l'anurie est bien sécrétoire et non excrétoire; le malade est confié au Docteur MOTZ.

(Compte rendu de cystoscopie :

Vessie de bonne capacité - saine.

Il existait 10 cc. d'urines, quelques caillots - Orifices urétéraux normaux.

Cathétérismes faciles - sondes à demeure.

Constataction d'un gros rein droit.)

On ne trouve donc aucune explication de l'anurie dans l'appareil excréteur.

Cependant le syndrome biologique s'aggrave :

- l'urée sanguine est montée à 4gr33.

- le rein concentre très faiblement

(concentration uréique 7,77 /oo dans l'échantillon des 100 cc.)

- hypochlorémie à 2gr93.

On accorde alors toute sa valeur au syndrome subocclusif.

On pense qu'il s'agit d'une anurie reflexe au cours d'une occlusion, et une radio sans préparation de l'abdomen est aussitôt demandée.

Elle montre :

a) des signes d'occlusion discrets :

- Cliché debout : ombre hépatique agrandie
deux niveaux liquides

sous la coupole gauche, siégeant vraisemblable-

ment, l'un dans l'estomac, l'autre dans le grêle.

- Cliché de face (décubitus) : importante distension gazeuse du grêle.

- Cliché de profil (décubitus) : distension colique mais pas de niveau liquide.

Par contre, on a la surprise de constater :

b) des signes de péritonite :

- Scopie : la coupole droite est immobile, la gauche se contractant normalement.

- Sur les clichés debout on note sous les deux coupoles une image de pneumopéritoine.

à gauche discutable du fait de la superposition des images hydro-aériques.

à droite évidente.

On pense que la péritonite est due à une perforation du tube digestif; le diagnostic semble s'éclaircir; bien que sans antécédent gastrique, le syndrome abdominal initialement localisé à l'épigastre est assimilé à une perforation révélant une lésion gastrique latente (ulcère ou peut-être cancer vu l'âge du malade).

La perforation a tourné court, un abcès sous-phrénique s'est organisé.

L'hémogramme vient confirmer les stigmates d'une suppuration :

- G.R. 5.400.000

- G.B. 11.400 (Polynucléose neutrophile)

L'anurie est donc une anurie reflexe secondaire à la péritonite dont elle constitue un accident de la phase terminale. Le hoquet a trouvé son explication.

Le 17 - On a institué le traitement suivant :

- Aspiration duodénale continue.

- Antibiotiques : Pénicilline 3 Millions d'U.
Streptomycine 1 gramme 50

- Réhydratation - Rechloruration.
- Vitaminothérapie.

Cependant le syndrome biologique continue de s'aggraver :

- Urée sanguine à 5 gr 22.
- Urée urinaire : rein droit 10,93/oo
 rein gauche 9,23/oo
- Chlore plasmatique 2 gr 93
- Chlore urinaire : rein droit 0,85/oo
 rein gauche 1,13/oo
- Le culot urinaire montre une purée d'hématies,
très rares leucocytes et cellules, pas de
cylindres.

Le I8 - L'aspiration duodénale a ramené 3 lit.
de liquide fécaloïde.

Etat général conservé : Température 37,3
Pouls à 100
T.A. 16/7

La langue est sèche.

La réhydratation massive (2 lit. 500 d'eau et 12 gr de ClNa) a entraîné l'apparition d'oedèmes discrets.

Les sondes ont donné 100 cc. à peine.
Mais les signes abdominaux se sont modifiés :
Le ballonnement est très diminué.

Les données de palpation sont celles d'une péritonite cloisonnée : hypochondre, flanc, fosse iliaque gauches de même que l'hypogastre sont le siège d'une défense franche.

Epigastre, fosse iliaque et hypochondre
droits restant parfaitement souples.

Le bilan humoral s'aggrave toujours :

- Urée sanguine à 5 gr 45
- La chlorémie est remontée à 3 gr l6.

Le I9 - L'aspiration a ramené : 1 Lit. 800 de liquide.

Le malade a reçu : 4 lit. d'eau
8 gr. de ClNa
150 gr. de glucose

La diurèse est montée à 300 cc.

Les signes abdominaux sont identiques.

Par contre, l'Etat général cède brusquement :

- Malade somnolent, obnubilé, confus, agité.
- Température 37,5 - Pouls à 120.
- Effondrement de la Tension Artérielle qui en quelques heures passe à 12/5 - puis à 8/5.
- La langue est rotie.
- La respiration devient ample, bruyante, arythmique.

Le bilan humoral s'est encore aggravé :

- Urée sanguine à 5,54.
- Chlore plasmatique 2,66.
- La réserve alcaline à 14 volumes signe l'acidose rénale.

Le malade meurt dans la nuit du 19 au 20.

AUTOPSIE

pratiquée quelques heures plus tard.

Les viscères abdominaux baignent dans un pus crèmeux, bien lié, fétide.

Dans la région paraombilicale gauche, l'hypochondre et la fosse iliaque gauches les anses grêles très enflammées sont enserrées dans une gangue d'épiploïte sphacélée et purulente.

Le Coecum est enserré dans un magma nécrotique au milieu duquel on reconnaît l'appendice en position retro-coecale, sphacélé et perforé.

Grosse collection putride rétro-coecale.

La coulée de cellulite nécrotique et purulente remonte jusqu'à la loge rénale droite.

Le rein droit est bridé dans une épaisse coque lardacée de périnéphrite suppurée.

A la coupe :

- Rein droit : gros, congestif, nombreux abcès corticaux, cavités libres, quelques caillots (sondage)
- Rein gauche : congestif.
- Par ailleurs :
- Estomac sain
- Foie hypertrophique
- Rate, coeur et poumons rien de particulier.

EXAMEN HISTOLOGIQUE .

(Docteur BLATRIX)

I°) FOIE

Structure normale du parenchyme - Très discrète stéatose centro-lobulaire.

Les cellules de Kûpfer sont bourrées de pigments (hématiques très probablement.)

Pas de cellules inflammatoires.

2°) REIN DROIT ET REIN GAUCHE

Même aspect histologique consistant en une nécrose de l'appareil épithélial (autolyse cadavérique probable .)

Homogénéisation du cytoplasme des cellules tubulaires; quelquefois disparition partielle de l'épithélium.

Aspect pycnotique des noyaux.

Dilatation des tubes - Glomérules normaux.

Existence de nombreux foyers lympho-histiocytaires dans la corticale. - Un grand nombre de tubes excréteurs sont bourrés d'hématies et de divers débris cellulaires.

RETROSPECTIVEMENT :

On peut maintenant reconstituer l'essentiel

de l'histoire de la maladie.

Le 6/11 - Crise d'appendicite rétro-coecale.
- Un abcès se constitue les jours
suivants; état subfébrile, nausées, constipation.

Le 13/11 - Rupture de l'abcès. (T° 39 - Hoquet)
- Mais la péritonite reste localisée
- Elle envahit progressivement toute
la grande cavité.

L'anurie qui s'est confirmée entre temps
est une anurie reflexe secondaire à une péri-
tonite appendiculaire généralisée, constituée
en deux ou trois temps.

Le faible degré des lésions rénales permet
de penser qu'elles ne participent pas pour
une grande part à l'anurie.

-:-:-

RAPPEL ANATOMIQUE

Pour situer ce cas dans le cadre de la maladie, il est indispensable de faire un bref rappel anatomique.

GENERALITES :

L'appendice implanté primitivement au fond du coecum, dont il réalise embryonnairement l'extrémité inférieure non développée et atrophiée, voit son implantation déportée en dedans du fait de l'accroissement de la bosselure fundique.

C'est un petit tube de 5 à 10 cms. de long et de 4 à 6 mms. de diamètre.

Il est rétro-coecal dans 12 % des cas environ affectant derrière le coecum des directions extrêmement variées : verticale - transversale - oblique.

Ce pourcentage est emprunté à la thèse de BEZANCON pour qui l'appendicé :

- dans 80 % des cas est latéro-coecal interne longeant le bord interne du coecum, dépassant ou non, son extrémité inférieure.

- sous-coecal dans 4 % des cas.

- enfin latéro-coecal ascendant (extrêmement rare) ou méso-coeliaque dans 4 à 5 % des cas.

Mais ces chiffres sont très variables et pour ne prendre que la forme rétro-coecale, l'opinion varie suivant les auteurs :

BRIGGS en 1898	1 fois sur 4
MARCHAND en 1902	1 fois sur 2
LIERTZ en 1909	1 fois sur 5
TUFFIER et FERGUSSON	1 fois sur 3
DESCOMPS	1 fois sur 5

...

Cette discordance des chiffres n'est d'ailleurs qu'apparente, elle est due à ce que certains d'entre eux ne portent que sur des sujets atteints d'appendicite, les statistiques chirurgicales étant toujours beaucoup élevées que les statistiques anatomiques.

Souvent même les variations de situation de l'appendice par rapport au coecum sont extrêmes sortant du cadre précédemment cité.

En fait, au cours de l'intervention, la notion de l'origine des bandelettes à la base de l'appendice constitue le seul repère.

RAPPORTS :

En position rétro-coecale, l'appendice entre en rapport avec :

- en AVANT, la face postérieure du coecum et même du colon ascendant.

Si le coecum est libre, l'appendice, entouré de péritoine et avec son méso, répond à la face postérieure du coecum tapissée de son péritoine, il est entre les ligaments latéraux du coecum lorsqu'ils existent.

Si au contraire, le coecum est accolé, l'appendice, avec péritoine et méso, est dans le fascia d'accolement, dans lequel deux plans vasculaires vont se trouver superposés,

- en avant les artères coecales postér.

- en arrière le plan des artères et des veines appendiculaires,
ce qui rend souvent difficile le travail du chirurgien.

Par l'intermédiaire du coecum, l'appendice répond à la paroi abdominale antérieure dont elle est séparée par les anses grêles quand le coecum est peu distendu.

- en ARRIERE, l'appendice rétro-coecal répond plus ou moins intimement suivant le degré d'accolement, aux parties molles de la fosse iliaque, constituées d'avant en arrière par :

le péritoine pariétal postérieur

une couche cellulo-graisseuse sous-péritonéale se continuant avec la couche sous-péritonéale de la paroi abdominale antérieure comblant un espace prismatique triangulaire de Bogros limité par la paroi abdominale antérieure la fosse iliaque et la réflexion du péritoine d'une paroi à l'autre, et dont l'arête est formée par l'arcade crurale.

le fascia iliaca, les nerfs fémoro-cutané et génito-crural cheminant dans son épaisseur.

une couche cellulo-graisseuse sous-aponévrotique contenant le nerf crural.

le muscle psoas iliaque.

Mais parfois située en position haute l'appendice rétro-coecal peut entrer en rapport avec le pôle inférieur et même la partie inférieure de la face antérieure du rein droit, ceci par l'intermédiaire du péritoine.

- LATERALEMENT, par l'intermédiaire des ligaments latéraux du coecum quand ils existent, l'A.R.C. répond :

en dedans : aux anses grêles et à la terminaison de l'iléon.

en dehors : aux parties molles de la fosse iliaque en bas et à la paroi abdominale latérale en haut.

IRRIGATION :

L'appendice est irrigué en général par une artère unique, l'artère appendiculaire branche de l'artère coecale postérieure venant de l'iléo-coeco-colique.

Cette artère peut affecter diverses situations par rapport à l'appendice, il existe même des variétés à plusieurs artères.

Les lymphatiques de l'appendice sont particulièrement intéressants; ils naissent par trois systèmes, les troncs afférents cheminent dans le méso-appendice aboutissant dans 60 % des cas environ à un relai dans le méso-appendice, relai souvent limité à un groupe ganglionnaire iléo-appendiculaire situé derrière l'iléon à l'union du méso-appendice et du mésentère.

De ces ganglions les troncs efférents gagnent les ganglions iléo-coeco-coliques donc mésentériques. Dans 40 % des cas le relai n'existe pas et les troncs gagnent directement le mésentère. Toutefois TIXIER a montré que certaines branches méso-appendiculaires se continuent en haut derrière le cœcum avec les lymphatiques rétro-coeaux et TILLAUX écrivait que :

" certaines tuméfactions entourant l'appendice peuvent être des adénites; certaines collections des adéno-phlegmons ", d'où la propagation possible de l'infection vers ces ganglions et par leur intermédiaire, surtout si le cœcum est fixé, au tissu cellulaire de la fosse iliaque interne.

Cette distribution lymphatique explique également les complications inflammatoires à distance sans lien bien net avec le foyer appendiculaire.

ETUDE CLINIQUE

Elle est dominée par le fait qu'il y a dans toute appendicite deux facteurs (que certains ont appelé les deux lois de l'appendicite)

- le facteur péritonéal qui commande l'état local et en partie l'état général.

- le facteur toxique existant à un degré plus ou moindre dans toutes appendicites, chronique, aiguë ou subaiguë, se combinant au précédent, quelquefois si prépondérant qu'il réalise un tableau d'intoxication extrêmement intense.

L'élément péritonéal varie avec la situation de l'appendice :

- " en plein péritoine " une symptomatologie franche peut accompagner une crise sans grandes lésions.

- mais si l'appendice est plus ou moins indépendant de la grande séreuse, les signes péritonéaux peuvent s'estomper, masquant des lésions considérables.

Tel est le cas de l'appendice rétro-coecal du fait de sa situation anatomique :

- masqué par le coecum plus ou moins distendu.

- encadré souvent par les ligaments latéraux du coecum.

- inclus parfois dans l'accolement postérieur.

On a pu dire que cette localisation de l'appendice était " à peine péritonéale ".

La clinique se trouve donc obligée de distinguer :

1°) les manifestations cliniques de cette affection qui seront franchement appendiculaires avec quelques modifications de la symptomatologie, ou, souvent franchement atypiques rendant le diagnostic très délicat.

2°) les processus évolutifs et les complications révélant seulement la cause d'une affection qui n'aura pu être étiquetée " appendicite " en raison de son caractère trompeur.

FORME TYPIQUE :

Nous appellerons ainsi la forme dans laquelle l'ensemble du tableau clinique évoque au premier abord le diagnostic d'appendicite.

Elle est quand même relativement fréquente, caractérisée par :

- des signes généraux : fièvre - accélération du pouls - atteinte de l'état général.
- des signes fonctionnels : douleur - vomissements - constipation.
- des signes d'examen dominés par la recherche du point douloureux - la mise en évidence d'une défense, d'une contracture.

Ces signes physiques peuvent être ceux d'une crise d'appendicite aiguë banale, et seule l'intervention révélera la situation anormale de l'appendice.

Ils peuvent être à la fois antérieurs et postérieurs associant la douleur classique au point de Mac Burney, à une douleur plus ou moins localisée dans la région lombaire.

Ou bien tout peut être postérieur dominé par une douleur dans la fosse lombaire.

Il nous a donc paru intéressant de tenter un parallèle entre la symptomatologie de l'appendicite "péritonéale" (appendice en situation normale) et celle de la forme rétro-coecale.

Signes Généraux

- ne permettent que rarement de faire la distinction
- le faciès serait plus "intoxiqué" dans l'A.R.C.
- le pouls traduit cette altération (rapidité, altération)

Signes Fonctionnels :

	Appendicite péritonéale	Appendicite rétro-coecale
DOULEUR	Spontanée, iliaque droite Peut être diffusé mais rapidement localisée. Douleur continue, rarement à forme de coliques. Le point appendiculaire est indiqué par la malade.	Diffuse, profonde Parfois au niveau de l'abdomen sans localisation précise. Siège : costo-iliaque ou lombaire, donc plus externe. Souvent paroxystique (type : coliques) sur fond continu.
PSOITIS	Rare	Fréquent
VOMISSEMENTS	Assez abondants, bilieux.	Inconstants, irréguliers.
TRANSIT INTESTINAL	Souvent touché Constipation habituelle Pas d'aggravation notable.	Petits symptômes de sub-occlusion. Ballonnement.

Signes Physiques :

	Appendicite péritonéale	Appendicite rétro-coecale
INSPECTION	Ventre normal, un peu rétracté parfois. Respiration abdominale déficiente ou absente	Ballonnement fréquent, précoce. Respiration normale.
PALPATION		
Douleur	Souvent élective au Mac Burney (bien que décon- seillée, la palpation "à bout de doigt", permet quand même de localiser le point précis.)	Douleur au Mac Burney, mais sou- vent + externe au voisinage de l'E.I.A.S., parfois en pleine zone lombaire (couchant le malade sur le côté gauche, rechercher au des- sus de la crête vers les insert. post. du P.O. et du transverse, douleur et empatement profond.) Douleur vive en général.
Contracture et défense	Manifeste, localisée Parfois véritable "ventre de bois", par- fois minimum de signes	Pas de contracture, ventre souple, parfois légère défense. Sensation d'empatement profond, de manque de souplesse en profondeur.
PERCUSSION	Ne donne aucun rensei- gnement	Tympanisme fréquent. Souvent mati- té ou sub-matité de l'E.I.A.S. (sensation plus tactile qu'audit.)
T.V. ou T.R.	Douleur pré-rectale droite,	Le plus souvent ne donne aucun renseignement.

FORMES ATYPIQUES:

Nous rangerons dans cette catégorie, toutes les formes aiguës ou chroniques dont la symptomatologie dominante n'attire pas l'attention d'abord sur l'appendice.

A) Forme pseudo-occlusive

Observation : Mme X.. Hotel-Dieu Clermont-Ferrand (in thèse de BEZANCON)

Antécédents : Douleurs abdominales à diverses reprises sans localisation précise.

Depuis trois jours douleurs abdominales mal localisées avec paroxysmes - Vomissements - Pas de selles - Quelques gaz .
Température 38,5 - Faciès altéré, subictérique.

Examen : Météorisme important - Tympanisme - Pas d'ondulations péristaltiques.
Légère défense de la F.I.D. qui est douloureuse sans localisation précise.
Fosse lombaire droite tendue et douloureuse.

Intervention : Coecum violacé, adhérent
Appendice rétro-cœcal turgescent et très rouge.

Il s'agit d'une forme à manifestations sub-occlusives mais dans laquelle la localisation quand même assez nette des symptômes a rendu le diagnostic relativement aisé.

Il n'en est pas toujours ainsi et ce n'est parfois qu'à une intervention pour syndrome abdominal d'urgence que le diagnostic se trouve être fait.

B) Formes dites "urinaires"

Elles réalisent souvent les formes les plus

trompeuses de l'A.R.C.

RAYMOND-DIAZ et LEQUIERE insistent l'un sur la forme "urinaire pure de l'appendicite", l'autre sur les relations rein droit et de l'appendice.

Il ne s'agit pas ici des complications urinaires de l'appendicite, mais des formes prenant l'allure d'affections urinaires pures sans signes de la série appendiculaire.

Il faudra penser à l'A.R.C. chez tous les malades se présentant comme des urinaires vrais mais traités comme tels sans succès.

Nous distinguerons :

I°) Formes purement douloureuses.

Observation : Mme C... 35 ans.

Depuis un an douleurs lombaires capricieuses uni ou bilatérales, prédominant à droite, déclanchées par une fatigue, les règles, ...

Examinée entre les crises, la région lombaire droite est seule un peu douloureuse dans l'angle costo-lombaire.

En crise, la fosse lombaire droite est le siège d'une douleur profonde et d'une hyperesthésie très marquée.

La F.I.D. est légèrement douloureuse.

Il n'existe pas de points urétéraux douloureux

Examen complet : U.I.V. normale.

Cystoscopie normale

Urée - Urines - P.S.P. ne révèlent aucune atteinte physiologique.

Pas d'antécédents gynécologiques, à l'examen rien à signaler.

On pense à des crises de coliques néphrétiques, la malade est traitée comme telle sans grand résultat, avec alternance de crises et d'accalmies.

Elle fait ensuite une crise douloureuse

appendiculaire typique et on l'opère.

Intervention : Appendice enflammé, rétro-coec.
Coecum adhérent et haut situé.

Par la suite toutes les crises douloureuses ont disparu.

Dans ce cas, seule la survenue d'une crise typique a permis de redresser le diagnostic et de mettre fin à un syndrome rebelle à tous traitements.

2°) Formes douloureuses associées à un gros rein

Observation : Mlle. J.M.. 25 ans (in Thèse
de BEZANCON)

Cette malade examinée à plusieurs reprises pour crises lombaires douloureuses avec rétention presque complète suivie de débâcles urinaires, on perçoit le pôle inférieur du rein droit (même entre les crises), l'U.I.V. montre que ce rein est gros et non simplement ptosé.

L'examen complémentaire, clinique et biologique est strictement normal.

On pense à une hydronéphrosé, et pendant qu'on en recherche la cause, se déclare une crise appendiculaire typique.

Intervention : Appendice rétro-coecal enflammé.

La douleur disparaît complètement par la suite, et le rein, réexaminé plusieurs fois cliniquement et radiologiquement, a repris son volume normal.

Ici encore seule une modification de la symptomatologie a permis de poser le diagnostic.

3°) Formes avec pyélonéphrite.

Observation : Monsieur P.C..

Sans antécédents particuliers, ce malade présente en 1925 une première poussée de pyélonéphrite : douleurs lombaires - pollakiurie - troubles cystalgiques - évoluant avec fièvre à 38°2, 38°7.

La palpation montre alors le rein droit augmenté de volume et douloureux, les points urétéraux moyen et inférieur sont douloureux, les urines renferment du pus en petite quantité et le colibacille y est mis en évidence.

Le malade présente en outre des signes légers de distention colique droite et gauche, il n'y a pas de constipation.

A plusieurs reprises de 1925 à 1938 le malade a présenté des crises douloureuses lombaires droites, des poussées de pyélonéphrite; à deux reprises s'est déroulé un ensemble de signes évoquant la colique néphrétique, sans expulsion de calcul ni d'hématurie.

Chaque poussée s'accompagnant de fièvre, dure de 5 à 12 jours, et guérit sans laisser de gêne dans l'intervalle, sans diminuer en rien une grande activité professionnelle et sportive.

En juillet 1939 M.C. qui depuis 18 mois est en pleine santé présente une nouvelle crise en tout, identique aux crises précédentes : début fébrile - avec quelques frissons, nausées, céphalées - douleurs lombaires droites très vives descendant dans la fosse iliaque, la vessie et les bourses.

Les urines sont purulentes, riches en polynucléaires altérés, en colibacilles. Elles renferment de nombreuses hématies.

L'urée sanguine est supérieure à son chiffre habituel et atteint 0,60.

Les fonctions intestinales sont normales.

Pour la première fois la crise se prolonge au delà de deux semaines, sans modification du syndrome; même le 15ème jour une recrudescence se produit : la température monte à 39°, le malade est plus fatigué et les douleurs lombaires s'accroissent et s'étalent.

Léger subictère.

Cette poussée de fièvre, de douleur, de subictère avec nausée, correspond à l'apparition d'un empatement de l'hypochondre et de la fosse iliaque droite.

En 48 h. se constitue un large plastron péritonéal, grand comme la main, tendu et douloureux, bien indépendant du foie et de la vésicule biliaire.

Nous pensons qu'il s'agit d'une appendicite aigue banale survenant chez un malade au décours d'une poussée de pyélonéphrite, liée à un syndrome entéro-rénal.

Sous l'influence du repos absolu et de la glace, la fièvre tombe, le plastron se résorbe, les urines s'éclaircissent, l'azotémie s'abaisse à 0,35, les fonctions intestinales n'ont jamais été troublées pendant les quatre semaines qu'a duré cette maladie.

Après une année de surveillance clinique, le malade est opéré par le Professeur GOSSET; au lieu de l'intervention simple qui était prévue, il tombe sur un coecum profond, pelvien et très adhérent, l'appendice n'est pas visible, il est entièrement rétro-coecal. On retrouve son implantation mais on ne peut le suivre pendant plus de 2 cm. au delà le Pr. GOSSET trouve une coulée de substance grisâtre, pâteuse, faite de débris nécrosés, doublant la face postérieure du coecum et du colon ascendant; on peut identifier quelques débris segmentaires d'appendice plus ou moins détruits par la nécrose et perdus dans la masse de substance amorphe, reliquat évident de suppurations anciennes. Cette coulée remonte

jusqu'au contact du lobe droit du foie.

Après une heure et demie de dissection difficile dans un tissu friable, le Pr. GOSSET renonce à libérer la partie de nécrose la plus haute de cette collection rétro-coecale, entourée au contact du rein et sur le foie d'adhérences très richement vascularisées; il met en place un long drain qu'il laissera pendant 5 jours.

Les suites opératoires sont parfaites, la guérison est complète.

Le malade depuis 12 ans n'a pas présenté de nouvelle poussée de pyélonéphrite, les urines sont normales, l'azotémie est normale, le rein demeure légèrement augmenté de volume.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de nous attarder sur cette observation qui est parfaite.

Mais nombreux sont les cas d'association d'appendicite avec pyélonéphrite colibacillaire dans lesquels l'ablation de l'appendice n'amène pas les résultats escomptés bactériologiquement.

Il ne faut pas oublier l'existence du syndrome entéro-rénal de HEITZ-BOYER qui est l'expression d'une atteinte parallèle des deux organes lésés par une infection grave.

4°) Formes vésicales

Forme se manifestant par des cystalgies avec pollakiurie.

- Pas de pyurie.
- Vessie normale à l'examen.

BEZANCON en rapporte un cas pour lequel tous les troubles ont cessé à l'ablation d'un appendice rétro-coecal enflammé. (le coecum était pelvien.)

5°) Formes Hématuriques

Il s'agit essentiellement d'hématuries microscopiques donc ne donnant pas de signes subjectifs.

Quelques rares fois macroscopiques elles peuvent résumer toute la symptomatologie de l'appendicite.

Elles sont la traduction de l'atteinte rénale associée, pouvant être :

- une coïncidence (calcul, hydronéphrose...)
- dues à l'appendicite. VON FRISH voyait leur pathogénie dans un infarctus par embolie veineuse ou microbienne d'origine appendiculaire, il faut beaucoup plus penser à une néphrite aigue ou latente.

C) Formes Toxiques

Assez rares dans leur forme pure, ont cependant été décrites. Nous envisagerons dans ces formes les cas dans lesquels les phénomènes toxiques sont au premier plan et les phénomènes "locaux" pratiquement inexistantes.

Les malades se présentent comme atteints d'une intoxication sans cause, amaigris, subictériques, avec un état sub-fébrile...

Tous les diagnostics sont alors envisagés, parfois l'apparition d'une douleur localise le mal, le plus souvent ce ne sera qu'au stade des suppurations que le diagnostic sera fait, enfin quelquefois, la mort surviendra par hépatite toxique et le diagnostic ne sera que rétrospectif.

D) Autres Formes

Nous ne ferons que les énumérer car, surtout dans les formes chroniques, nous pourrions

les multiplier à l'infini.

- Forme simulant une affection gynécologique
- Forme simulant une affection gastro-intestinale.
- Forme simulant une affection hépathique....

L'appendicite n'est alors envisagée que comme un diagnostic d'élimination.

Citons: la forme de l'enfant chez qui, l'A.R.C. est fréquente et sa symptomatologie aussi atypique que toute appendicite de l'enfant

la forme du sujet agé, chez qui la tuméfaction de la F.I.D. ou de la fosse lombaire, l'allure progressive de l'affection, font penser à une tumeur inflammatoire, et le premier diagnostic envisagé est généralement le Cancer.

-:-:-

Nous n'avons étudié jusqu'à présent que les formes primitives de l'affection, mais son caractère insidieux, son évolution progressive font que l'on est souvent amené à considérer les stades ultérieurs de l'évolution, les divers processus et les complications qui les accompagnent.

-:-:-

PROCESSUS EVOLUTIFS

ET

COMPLICATIONS

--

PHENOMENES SUPPURATIFS

LES ABCES

1°) Evolution vers l'abcès :

Dans les appendicites "en plein péritoine", l'organisme peut parfois construire un système de protection édifiant des barrières entre lesquelles se collecte le pus.

Dans les A.R.C. le coeco-colon fera la barrière antérieure, la limite postérieure étant variable, nous pouvons classer :

- Abcès rétro-coecal intra-péritonéal :

dans lequel la suppuration s'est produite derrière un coecum libre, secondairement accolé ; le pus se collecte dans la fossette rétro-coeco-colique limitée par :

coecum et colon en AV.

péritoine pariétal postérieur en AR.

ligaments latéraux du coecum, renforcés d'adhérences latéralement.

adhérences néoformées en bas.

- Abcès rétro-coecal sous-péritonéal :

dans lequel le coecum primitivement accolé présente donc à sa face postérieure un fascia

d'accolement; le pus se collecte dans le tissu sous-péritonéal en avant du fascia iliaca.

- Abscès rétro-coecal sous-aponévrotique :

ils sont très rares et réalisent plutôt une complication de la forme précédente qu'une forme primitive. Le pus franchit le fascia iliaca et se collecte entre fascia en avant et psoas en arrière.

2°) Clinique de l'abcès :

Outre le syndrome général constant (fièvre oscillante - atteinte de l'E.G. - hyperleucocytose...) ils peuvent donner des signes cliniques différents et ceci indépendamment de leur localisation anatomique :

- abcès à expression abdominale, réalisant le classique plastron appendiculaire.

- abcès à expression lombaire pure, (rares) dans lesquels tous les signes sont lombaires : voussure costo-iliaque droite - douleur et empatement de la fosse lombaire. La radio montrera une opacité qui refoule en haut la coupole diaphragmatique.

- abcès à expression abdomino-lombaire, qui sont pour certains auteurs les plus fréquents, associant au plastron antérieur, une fosse lombaire tendue et douloureuse.

3°) Evolution de l'abcès :

Ils peuvent rester sur place solidement enkystés, sans accroissement notable, entraînant une intoxication progressive de l'organisme et aboutissant à la cachexie.

Mais le plus souvent ils ont une tendance extensive, le processus d'extension pouvant se faire de proche en proche vers les organes de voisinage, ou bien emprunter les voies

circulatoires (entraînant des complications :
rarement artérielles : septicémie, embolies
septiques
parfois veineuses : phlébites
souvent lymphatiques : touchant particuliè-
rement les ggs.
iléo-coecaux)

ou bien associer les deux processus.

a) extension locale :

Les abcès intra-péritonéaux peuvent s'étendre non pas vers le haut, mais plutôt latéralement en "tache d'huile", ils envahissent plus ou moins progressivement la grande cavité; ils peuvent fuser vers le bas, donnant des abcès pelviens.

Les abcès sous-péritonéaux ou sous-aponévrotiques n'ont pas de limites précises à leur extension, en haut ils peuvent monter derrière le colon droit, envahir l'atmosphère pararénales, atteindre le foie; en bas, descendre dans le bassin et l'espace de Bogros; latéralement faire le tour de l'abdomen, toute la région du psoas peut être littéralement imprégnée par le pus.

b) conséquences à distance :

- abcès sous-hépatique (qui peut survenir même après l'intervention) caractérisé par :
température élevée
subictère
urines foncées
douleur dans l'hypochondre droit
empatement de l'hypochondre et de la région lombaire droite.

Le pus peut s'extérioriser sous les fausses côtes dans la région épigastrique
il peut : passer par l'hiatus de Winslow
contourner le bord antérieur du foie
et donner un abcès sus-hépatique.

- abcès sus-hépatique, restant à droite, bloqué à gauche par le ligament falciforme.

De début insidieux ou brutal réalisant un tableau d'abcès sous-phrénique.

- abcès du foie, unique ou multiple qui n'est en général qu'une découverte d'intervention. Son évolution est fatale.

- phlegmon péri-néphrétique, (fréquent)
(OMBREDANE parlant des enfants disait que : "les P.P.N. des enfants sont toujours d'origine appendiculaire")

En général P.P.N. droit caractérisé par :
douleur lombaire
température oscillante
atteinte de l'E.G.
oligurie
hyperleucocytose

L'abcès fera souvent issue par le triangle de J-L Petit.

- citons enfin d'autres abcès viscéraux (rate, rein...)

des pleurésies, etc..

Ces migrations purulentes nombreuses vers l'abdomen ou vers le thorax ont leur explication par la situation privilégiée de l'A.R.C. au carrefour de la grande séreuse et surtout dans ce vaste couloir rétro-coeco-colique chemin des suppurations et des lymphatiques.

On peut résumer ces diverses éventualités :
(à l'intervention rarement ou à l'autopsie)

ou bien on peut suivre le pus "à la trace", traînée purulente indiquant un mécanisme de proche en proche par l'intérieur du péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal ou la gaine du psoas.

ou bien dans d'autres cas on ne peut saisir un rapport dans l'espace entre le foyer appendiculaire et le foyer secondaire, on invoquera

alors la voie sanguine et surtout la voie lymphatique.

c) ouverture :

outre ces migrations les abcès peuvent s'ouvrir brutalement :

- dans la grande cavité : cf. péritonite

- dans un organe creux :

le coecum, entraînant une recrudescence des S.G. l'apparition de selles sanglantes, souvent une débacle avec sédation des symptômes qui ne tarderont pas d'ailleurs à se rallumer.

le rectum, réalisant un meilleur drainage (de meilleur pronostic.)

l'iléon,

les voies urinaires, (d'une gravité extrême.)

LES PERITONITES

Bien que l'A.R.C. s'enkyste facilement les péritonites consécutives, ne sont pas exceptionnelles.

On distinguera :

I°) Péritonites en un temps :

se manifestant de façon classique mais un peu atténuée, le pus est en quelque sorte canalisé, donc les signes seront plus "timides" au début, elles seront souvent moins "bruyantes" par la suite, le pus né postérieurement restant longtemps assez loin du péritoine pariétal antérieur.

2°) Péritonites en deux temps :

successivement la crise appendiculaire, une amélioration très nette, puis une reprise bru-

tale de l'évolution, avec E.G. très touché et apparition des signes classiques de péritonite généralisée.

On a pu parler à ce sujet d'accalmie traitresse.

3°) Péritonites en trois temps :

crise appendiculaire suivie d'une période de semi-accalmie correspondant à la constitution d'un abcès; puis, rupture de l'abcès.

C'est le cas de notre observation, c'est une forme d'un très mauvais pronostic.

4°) Citons encore la Péritonite abdomino-pelvienne, dans laquelle le pus a tendance à se collecter dans le Douglas donnant tous les signes d'une pelvi-péritonite;

et la Péritonite diffusante, à symptomatologie insidieuse et diffuse.

PHENOMENES TOXIQUES

L'intoxication peut être à l'arrière plan, ou au contraire, dominer le tableau clinique. Nous distinguerons :

- Des cas légers, dans lesquels tous les organes peuvent être atteints :

le rein : albuminurie légère "seul témoin urinaire des néphrites appendiculaires bénignes" (DIEULAFOY)

le foie : léger subictère - urobilinurie

le coeur : accélération du pouls.

.....

- Des cas graves, intéressant :

le rein : une atteinte plus sévère est possible donnant le tableau, soit d'une néphrite intersticielle, soit d'une glomérulonéphrite.

Il est souvent difficile de faire cliniquement, la part de la néphrite et, des signes rénaux réflexes survenant au cours de l'évolution appendiculaire.

le foie surtout : l'Hépatite toxique.

AUBERTIN a dit " la mort par le foie est un accident de l'appendicite qu'on laisse refroidir ", on peut ajouter, qu'on laisse évoluer, et c'est le cas de l'A.R.C.

Elle entraîne une nécrose cellulaire avec dégénérescence graisseuse et atrophie jaune aigue.

Elle se manifeste par une atteinte de l'E.G. de l'albuminurie - une oligurie - un ictère - un syndrome hémorragique.

Elle se présente sous trois formes :

- forme latente, fréquente même après intervention.

- le syndrome de DIEULAFOY, qui est une insuffisance hépato-rénale aigue sans ictère.

- un ictère grave, avec hémorragies et vomito-négre appendiculaire.

PHENOMENES MECANQUES

Essentiellement une occlusion intestinale aigue.

La classer dans les processus mécaniques est assez arbitraire, car souvent le facteur infectieux y joue un grand rôle.

Nous citerons :

- l'occlusion d'origine péritonéale, plus infectieuse que mécanique puisqu'il s'agit d'une parésie intestinale au contact du pus.

- le syndrome mixte (LECENE) associant le facteur péritonéal à un facteur purement mécanique adhérentiel ou agglomératif.

DIAGNOSTIC

La question du diagnostic est la partie la plus complexe du problème, car de lui va dépendre l'indication opératoire.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

On peut de suite éliminer la péritonite aiguë, de début quelquefois lent et insidieux, mais gardant le plus souvent son aspect typique à la période d'état; seul, tardivement, l'apparition d'un syndrome sub-occlusif peut compliquer la tâche. Mais en fait, l'incertitude n'existe guère, le seul diagnostic qui se pose est celui de l'étiologie.

En dehors de la péritonite aiguë nous envisagerons ensemble pour cette étude diagnostique, les formes aiguës, subaiguës et suppuratives de l'A.R.C.

Nous considérerons trois grands étages, car le diagnostic est dominé par la situation de l'appendice et la hauteur de la lésion.

A) Etage du carrefour biliaire :

Les lésions du foie ne posent que rarement des problèmes en raison des antécédents, du contexte clinique et de l'examen.

Pour le reste deux éventualités peuvent se présenter :

- des diagnostics dangereux parce que, ne posant pas d'indications opératoires.
- des diagnostics d'intervention.

I°) Diagnostics d'abstention :

- Colique Hépatique, elle a pour elle :
 - la brusquerie de son début
 - le siège de la douleur : au rebord costal, rarement dans la F.I.D. ; son intensité : d'emblée maximum; son type : torsion, déchirure; ses irradiations : antérieures(sein, cou...), postérieures (omoplate).
 - l'agitation si particulière du malade (mais dont GUTTMAN nie la constance).
 - les nausées continues (intolérance à la moindre absorption)
 - l'absence de fièvre au début.

Mais surtout l'évolution de la colique hépatique avec généralement, sédation brusque au bout de quelques heures, fera le diagnostic.

- Certaines Cholécystites aiguës, dans lesquelles la douleur relativement basse donne un syndrome très violent pouvant simuler une A.R.C. haut située.

C'est un diagnostic d'intervention (si on la pratique).

- La Péricholécystite, dont le plastron peut être confondu avec un plastron d'appendicite haut situé.

Mais en général, il existe des antécédents de lithiase (crises antérieures, subictère par intermittence)

- Le Calcul du Cholédoque sans ictère, peut par sa douleur et par son atteinte de l'état général provoquer la confusion.

Mais les antécédents, les irradiations ascendantes de la douleur et surtout la

décoloration des selles et la pigmentation des urines, tranchent le différent.

- Certaines Crises Ulcéreuses, avec douleurs très violentes, continues; légère défense de la paroi (sans contracture toutefois), peuvent créer la confusion.

Mais ici encore les commémoratifs sont souvent assez nets pour l'éviter.

2°) Diagnostics d'intervention :

Dans ces cas l'erreur est relativement moins grave, car l'indication opératoire est posée.

Essentiellement nous noterons :

- La perforation gastro-duodénale, avec son cortège de signes typiques : douleur syncopale, ventre de bois,....(cf.péritonite)

- La Pancréatite aiguë, dans laquelle la symptomatologie suraiguë en impose souvent pour une intervention d'urgence.

B) ETAGE URETERO-NEPHRO-COLIQUE :

C'est la région qui présente le maximum de difficultés, car certaines affections de ces trois organes peuvent simuler l'A.R.C. aiguë, subaiguë ou atcédée :

- par leur douleur
- par leurs signes reflexes surajoutés
- par la perception d'une masse lombaire ou abdominale profonde
- par l'altération de l'état général.

1°) Affections rénales :

a) purement douloureuses :

- Ptose banale, avec ou sans hydronéphrose;

le palper bimanuel met rapidement en évidence la mobilité du rein.

- Calcul du Rein, avec crises douloureuses à irradiations descendantes (cuisse - testicules) mais aussi ascendantes ou transfixiantes, souvent associées à des symptômes réflexes : rénaux ou viscéraux (en particulier digestifs : nausées, vomissements ...) qui peuvent désorienter le diagnostic.

La radio rendra de grands services.

- Nephrite douloureuse, caractérisée par des douleurs lombaires associées à des signes de la série néphrite.

Non infectée le diagnostic est aisé, mais l'infection entraîne l'apparition de fièvre, troubles de l'E.G....et le syndrome urinaire de la pyélonéphrite colibacillaire peut en imposer pour une A.R.C.

b) associées à une sensation tumorale :

Théoriquement il existe une différence entre la sensation d'empatement profond, mal limité, donné par le plastron, et une masse à contours précis; mais l'épaisseur de la paroi ou l'hyperesthésie cutanée peut gêner la différenciation.

- crise d'étranglement au cours d'une hydronéphrose.

- hydronéphrose avec crise de type "néphrétique"

- pyonéphrose ou uro-pyonéphrose, dans lesquelles les S.G. sont souvent intenses.

- phlegmon peri-néphrétique par dessus tout, qui par sa symptomatologie lombaire, avec son cortège de signes généraux et fonctionnels, et son évolution passant successivement par les stades d'infiltration, suppuration puis diffusion, peut créer une confusion permanente avec un abcès appendiculaire.

En outre, de nombreuses tumeurs rénales ou para-rénales peuvent donner le change avec un plastron appendiculaire, surtout si elles sont infectées et si leur évolution est émaillée de crises douloureuses.

2°) Affections urétérales :

Essentiellement le syndrome de Colique Néphrétique. Il a pour lui ;

- son début brusque
 - le siège de sa douleur : lombaire ou abdominale, avec irradiations descendantes.
 - la présence de points urétéraux
 - l'oligurie, avec parfois hématurie ...
- (mais tous ces derniers signes peuvent exister dans l'A.R.C.)

La différenciation se fera grace à :

- l'interrogatoire
- un examen minutieux à la recherche de
petits signes distinctifs.
- le laboratoire : ex. des urines (chimie
bactério.)
du sang (formule)
- la cystoscopie et le cathétérisme uré-
téral
- la radio de l'arbre urinaire.

3°) Affections coliques :

Nous ne ferons que citer :

- colite
- éctasie coecale

- volvulus du coeco-colon
- adhérences - brides ...

Pour nous arrêter aux Tumeurs du Colon, en effet, chez les personnes âgées, défense et empatement profond de la F.I.D., associées ou non à la perception d'une masse tumorale, évoquent plutôt l'idée d'un cancer (toujours rapidement infectant ici) que celle d'une appendicite rétro-coecale.

C) ETAGE PELVIEN

L'A.R.C. peut simuler toutes les affections du pelvis, surtout féminin, nous nous bornerons à les énumérer :

- G.E.U. rompue
 - K.O. tordu
 - Complications des fibromes
 - Pelvi-péritonites d'origine génitale
 - Annexites douloureuses
-

En conclusion, le diagnostic de l'A.R.C. est un diagnostic difficile, nous nous limiterons aux cas aigus ou subaigus en raison de la sanction opératoire qu'ils imposent; nous n'envisagerons pas celui des formes chroniques ou camouflées, car il faudrait passer en revue toute la pathologie abdominale.

L'idée de l'A.R.C. doit toujours être présente à l'esprit quand une symptomatologie digestive, urinaire ou génitale ne réagit pas à la thérapeutique appropriée.

La nécessité de faire un diagnostic précoce est formelle.

Sur quels éléments positifs peut-on s'appuyer?

ELEMENTS DE DIAGNOSTIC POSITIF :

Des signes généraux et fonctionnels nous ne retiendrons que :

- le caractère rapidement intoxicant de l'A.R.C.

- la présence à peu près constante de proctitis

De nombreux auteurs ont insisté sur des signes d'examen plus ou moins pathognomoniques de l'A.R.C.

- PASCALIS conseille de palper la F.I.D. le malade en décubitus latéral gauche (dans le but de déplacer la masse des anses grêles et de "démasquer" ainsi le coecum et l'appendice).

Cette idée qui semble très logique a été reprise par LECENE et MONDOR.

- JACOB signale la douleur dans la région appendiculaire à la décompression de la F.I.G.; mais celle-ci existe dans toutes les formes d'appendicite.

- DEOLINDO et PASCALIS accordent un crédit à la différence existant entre les températures axillaire et rectale : si l'écart est supérieur à 1°, appendicite libre, de la grande cavité.
si l'écart est inférieur à 1°, appendicite sous-séreuse ou rétro-coecale

- MONTENOVESI-FERRETI et plus récemment le Professeur DIONIS DU SEJOUR de Clermont-Ferrand insistent sur la matité de l'épine

iliaque droite, mais le dernier nommé précise qu'elle n'indique que la présence d'une masse dans la F.I.D. et n'est pas pathognomonique de l'A.R.C. ou de l'abcès rétro-coecal.

En fait ces signes "infaillibles", que nous pourrions multiplier à l'infini, ne présentent aucun caractère d'absolu, et, il faudra toujours, devant un syndrome abdominal, s'attacher à rechercher par des examens successifs, la présence d'une douleur au point de Mac Burney qui heureusement coexiste avec tous les symptômes atypiques dans au moins 85 à 90 % des cas.

Pour le reste le diagnostic ne sera posé la plupart du temps qu'à l'intervention, ou même quelquefois que rétrospectivement.

Le laboratoire en effet ne signalera qu'une hyperleucocytose sanguine avec polynucléose, témoin de l'infection; l'examen des urines négatif ou positif n'apporte aucun élément, car nous savons la fréquence des lésions de l'appareil urinaire consécutives ou associées.

Rappelons enfin la difficulté du diagnostic chez un enfant. L'A.R.C. y est fréquente, mais la diversité de la symptomatologie appendiculaire en Pédiatrie, nous obligerait à passer en revue une grande partie de la Pathologie Infantile. Savoir toujours penser à l'appendicite chez un enfant qui souffre et qui vomit.

CONCLUSIONS

Partant d'une observation dans laquelle, un malade présentant un syndrome abdominal d'allure progressive qui fut pris successivement : pour une indigestion, une intoxication alimentaire, une anurie réflexe secondaire à une péritonite par perforation gastrique, un abcès sous-phrénique d'origine péritonéale, et qui, en réalité, était une crise d'appendicite rétro-coecale avec abcès, péritonite appendiculaire et anurie (pour laquelle il est difficile rétrospectivement de faire la part de l'anurie réflexe et de l'anurie néphrétique), nous avons essayé de retracer rapidement la clinique de l'appendicite rétro-coecale .

La diversité de sa symptomatologie est due en partie à sa localisation anatomique et aux phénomènes toxiques qu'elle déclanche.

Son diagnostic différentiel, en raison de son évolution rapidement abcédante, pose toujours des problèmes avec les affections des organes voisins.

Peu d'éléments solides servent de base pour étayer son diagnostic; il faudra toujours s'attacher à mettre en évidence, par un examen soigneux, la douleur au point de Mac Burney, heureusement fréquente.

L' Appendicite Rétro-Coecale est donc parmi les appendicites, une forme grave, du fait des phénomènes toxiques précités, et surtout, parce que sa symptomatologie trompeuse "masque" le caractère d'urgence de l'affection et retarde l'intervention chirurgicale.

---:-

Vu, le Président
signé :

R. MOREAU

Vu, le Doyen de
la Faculté de Médecine
signé :

L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé :
J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

AIMES A.

Un signe clinique de l'appendicite
rétro-coecale - Progrès Médical N° 20
24 Oct. 1948 - P. 500.

ALTSCHULER.

- Signes et diagnostic pour appendicite
rétro-coecale - The Lancet - 16 Avril
1938 - P. 891.

BERNARD A.

Réflexions sur quatre observations
d'appendicites rétro-coecales - Journal
des Sciences Médicales de Lille - N° 5
1948 P. 127-34 - N° 6 1948 P. 152-53.

BEZANCON.

Contribution à l'étude de l'appendicite
rétro-coecale - Thèse Toulouse 1933-34.

BODEN A.

Celulitis retrocecal (de origen appen-
diculare) - Semana Med. I , 927-931 -
16 Mars 1933.

BRONSTEIN M.G.

Contribution à l'étude de l'appendicite
rétro-coecale aigue - Thèse Marseille
1940.

BUTLER F.E. - WOOLEY I.M.

Roentgen diagnosis of retrocecal appendix - Radiology 31 713 715 Dec. 1938.

COLLINS.

L'appendicite aigue rétro-coecale d'après 741 observations - Archives of Surg. Mai 1938 P. 729-743.

COTTALORDA J.

Considérations **sur** l'appendicite rétro-coecale aigue - Provence Médicale 15 Avril 1940 N° 99 P. 9.

RIOU DE KERANGAL A.

Un signe de l'appendicite rétro-coecale Journal de Med. de Paris N° 4 24 Janv. 1935.

DJAMEHIDI.

Contribution à l'étude des symptômes lombaires de l'appendicite rétro-coecale Thèse Montpellier 1934-35.

DUFOUR A.

Le diagnostic des appendicites aiguës rétro-coecales - L'Hopital N° 421, Dec. 1936 P. 702-704.

KIRMISSON.

Appendicite rétro-coecale, abcès appendiculaire. (Rev. inter. de med. et de chir. Paris 1919 - 25 - 161 - 164.)

IASCAUX R.

L'appendicectomie dans les appendicites rétro-coecales - Presse Médicale N° 34 1934.

MERIEL E.

L'appendicite rétro-coecale - Toulouse
Médical N° 14 1912 P. 153-169.

MUNOZ ARENOS J.M.

Appendicitis retro coecales - Arch. de
Med. Cir. y Especialid 36 138 142 1933.

PASCALIS G.

Le signe de Kerangel dans l'appendi-
cite rétro-coecale - Le Lien Medical
N° 2 1936.

PASQUIE et VIVES.

A propos d'une appendicite rétro-coecale
perforée à signes frustes - Sté de Med.
Militaire Franc. N° 2 1933.

PRESSAC J.

Contribution à l'étude de l'appendicite
rétro-coecale - Thèse Toulouse 1909.

TAVERA.

Contribution à l'étude de l'appendicite
rétro-coecale - Thèse Alger 1934-35.

THEVENARD.

Appendicite aigue rétro-coeco-colique
et sous vestibulaire - Bul. et MEM.
de la Sté des Chirurgiens de Paris
Sce du 18 Oct. 1935.

VERGÉZ - CLAUSSE - CHOUSAT - TAVERA.

De l'appendicite rétro-coecale - Gaz.
Med. de France 15 Sept. 1935.

VIGNARD P.

Réflexions sur l'appendicite sous-coecale à propos d'une complication rare - Lyon Chirurgical N° 5 Sept. Oct. 1945 P. 602-605.

WILLIAMS V.T.

Acute retrocecal appendicitis clinical sign of diagnostic value - J. Missouri M.A. 36 126 127 March 1939.

X.....

Le diagnostic de l'appendicite rétro-coecale - Journal des Praticiens 9 Nov. 1935.

-:-:-:-

TABLE DES MATIERES

-;-

	Pages
INTRODUCTION	15
OBSERVATION RESUMEE	16
Antécédents	16
Examen	17
Evolution	19
Dédutions	23
RAPPEL ANATOMIQUE	25
Généralités	25
Rapports	26
Irrigation	28
ETUDE CLINIQUE	29
Forme typique	30
Formes atypiques	33
PROCESSUS EVOLUTIFS ET COMPLICATIONS	41
Phénomènes suppuratifs	41
Phénomènes toxiques	47
Phénomènes mécaniques	48
DIAGNOSTIC	49
Diagnostic différentiel	49
Elements de diagnostic positif ..	55
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59

-:-:-

